



XLIX Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 117 de 2020

Carpeta Nº 54 de 2020

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

VOLUNTAD ANTICIPADA DE RECIBIR TRATAMIENTO EN CASO DE CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS

"Comunidad Saludable La Esperanza-Covipro"

Planteamiento

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 15 de julio de 2020

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Silvana Pérez.

Miembros: Señor Representante Alfredo De Mattos y señoras Representantes Lucía Etcheverry y Nibia Reisch.

Delegado de Sector: Señor Representante Luis Enrique Gallo.

Concurre: Señor Representante Rodrigo Goñi.

Invitados: Por la Junta Nacional de Drogas: doctor Daniel Radío (Secretario General), señora Aloha González (Coordinadora del Área de Fideicomiso de la Red Nacional de Drogas), psicólogo Luis González (Coordinador del Área de Atención y Tratamiento) y señor Federico Montero (Área de Comunicación). Representantes de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay: doctores Luis Villalba, Juan Triaca y Cecilia Idiarte Borda; por la Sociedad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia: doctores Gabriel Rossi y Mónica Silva; por la Cátedra de Psiquiatría de Adultos: Prof. doctora Sandra Romano y Cátedra de la Infancia y Adolescencia: Prof. doctora Gabriela Garrido; por el Sindicato Médico del Uruguay: doctor Gustavo Grecco. "Comunicad Saludable La Esperanza-Covipro": señores Julio Cerpa y Gabriel Mieres y señora Johana Da Costa.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Jeanette Estévez.

═══════║═══════

SEÑORA PRESIDENTA (Silvana Pérez Bonavita).- Habiendo número, está abierta la reunión.

En el marco del tratamiento del proyecto de ley relativo a "Voluntad anticipada de recibir tratamiento en caso de consumo abusivo de drogas", la Comisión tiene el agrado de recibir al doctor Daniel Radío, Secretario General de la Junta Nacional de Drogas; a la señora Aloha González, coordinadora del fideicomiso de la Red Nacional de Drogas; al señor Luis González, coordinador del Área de Atención y Tratamiento de la Secretaría Nacional de Drogas, y al señor Federico Montero, del Área de Comunicación de la Secretaría Nacional de Drogas.

SEÑOR RADÍO (Daniel).- Recién llego a la Junta, pero leí el proyecto cuidadosamente y un aspecto positivo que me interesa destacar particularmente es la jerarquización de la problemática que plantea resolver la iniciativa. No obstante, hemos intercambiado impresiones en la Junta y no tenemos una mirada favorable del proyecto. Nos parece positivo que el proyecto se preocupe por la problemática y entendemos la base de angustia que tienen las madres que lo impulsaron, pero nos parece que no resuelve adecuadamente los problemas que pretende resolver. En este sentido, me interesa hacer algunas consideraciones.

En primer lugar, el problema del uso problemático de sustancias tiene una etiopatogenia multifactorial, multicausal, y por eso no es tributario de soluciones simples; las soluciones también son complejas y no valen las apelaciones a soluciones mágicas para resolver el consumo problemático de sustancias. Tampoco es tributario de una terapéutica única. El proyecto establece una definición como si la única terapéutica efectiva fuera la internación de los usuarios problemáticos de drogas.

La internación por sí sola no es más que la incorporación de una persona a un centro en el que permanecería aislada o recluida; no dice otras cosas. Además, nosotros tenemos muchos usuarios problemáticos de drogas internados compulsivamente, hoy, en este país, básicamente, las personas privadas de libertad. Muchos de ellos son usuarios problemáticos de drogas y están internados compulsivamente, lo cual define que de ninguna manera la internación compulsiva resuelve el problema. No es eso lo que resuelve; lo único que hace es sacar el problema de la calle, nos saca el problema de delante de los ojos, pero no lo revuelve.

Es verdad que acá no se dice que esta sea la solución; además, hay que tratarlo, pero quién dice "tratarlo" quiere decir que hay que internarlo. ¿Qué quiero decir con esto? A veces sí, probablemente, pero no existe evidencia científica de que esa sea la resolución en todos los casos de los usuarios problemáticos.

Tiene algunas cuestiones adicionales.

Establecer tratamientos mediante una norma jurídica no parece ser una resolución favorable para ninguna patología. Siempre fui contrario, inclusive cuando fui legislador, a legislar por patologías, y mucho más a decidir las terapéuticas por ley. Los dirigentes políticos ni los legisladores somos quiénes para decir al equipo de salud cómo se tienen que tratar las patologías; me parece que esa decisión corresponde estrictamente al equipo de salud. Mucho menos me parece que sea el paciente quien anticipadamente diga cuál tiene que ser su terapéutica; eso parece aún más contradictorio, porque no vale para ninguna otra patología. Nadie dice anticipadamente "Cuando yo esté enfermo de tal cosa, el tratamiento que me tienen que hacer es este"; esto no es algo que parezca de recibo. Me da la impresión de que en este caso hay otro problema.

Aún peor es que esta decisión sea irrevocable. En la exposición de motivos se establece que existe voluntad anticipada cuando se dice "yo no quiero recibir tratamientos médicos en determinadas circunstancias", y eso es verdad, pero esa decisión es revocable y se puede revocar en cualquier momento. Sin embargo, aparentemente, en este caso, no se podría revocar: después que alguien se comprometió a ser internado, no podrá revocar su decisión.

Mucho menos acertado me parece que alguien pueda decir a los técnicos que traten al paciente que como mínimo debe estar internado tres meses. ¿Quién soy yo, dirigente político, integrante del Gobierno o legislador para decir a un técnico cuánto es lo mínimo que debe estar internada una persona? Me parece que es una intromisión en la relación terapéutica que no le corresponde a la política. No es una decisión política cuánto tiempo tiene que estar internada una persona.

Insisto, todos estos comentarios los hago en el contexto de dos cosas: una, que comprendemos la angustia que viven las personas que impulsaron este proyecto y, otra, que tenemos que asumir autocríticamente que no damos respuestas adecuadas a todos estos casos, lo cual no quiere decir que por ello ésta sea la adecuada. Cuando digo esto no estoy criticando cómo se gestionó históricamente este tema ni a ningún gobierno, sino asumiendo que es como sociedad que no damos respuesta adecuada. Eso me parece que es, al mismo tiempo, un llamado de atención, y por eso creo que este proyecto tiene ese efecto bueno, porque nos sorprende como un bagaje rotundo que nos llama la atención y nos dice: "Viejo, tenemos que ponernos las pilas y encontrar respuestas a estas cosas. Tenemos que trabajar más y tenemos que dar respuestas".

Esta iniciativa tiene un problema adicional, porque si este proyecto se sancionara y todas las personas que tienen consumo problemático de sustancias reclamaran su internación, sería inviable, porque en Uruguay existen cientos de miles de personas que tienen consumo problemático de sustancias. Y, por otra parte, no refiere a ninguna sustancia específica. Yo creo que está referida a una en particular, pero, en realidad, no lo dice. Entonces, cada consumidor de alcohol podría reclamar ser internado; cada consumidor de marihuana podría reclamar ser internado; cada consumidor de cocaína podría reclamar ser internado. Por lo tanto, sería inviable. Esta iniciativa no especifica nada, lo que me parece que representa un problema adicional.

Si me permiten, voy a ceder la palabra a los compañeros de mi equipo.

SEÑOR GONZÁLEZ (Luis).- Para complementar lo que decía el secretario general, creo que es interesante entender cómo se trabaja en tratamiento, qué es lo que se hace cuando una persona tiene un problema con las drogas y quiere establecer un cambio, y qué es lo que internacionalmente se ha desarrollado como evidencia de lo que funciona y de lo que no funciona.

Básicamente, hay dos momentos; entiendo que en la ley esos dos momentos están un poco confusos y que es importante separarlos. Uno de esos momentos es el de la intoxicación aguda, que es cuando la sustancia está actuando biológicamente en el cuerpo. En general, por las sustancias que se utilizan en Uruguay, esa etapa no supera los cinco o seis días. Es un momento agudo, que empieza cuando se consume la sustancia y termina cuando la sustancia sale del cuerpo.

El otro momento del tratamiento, que es clave, es el de la deshabituación. El problema no termina cuando la sustancia ya no está en el cuerpo, sino que allí empieza, precisamente, la parte más compleja, que es deshabituarse de la sustancia. Creo que un ejemplo que todos conocemos es el de las personas que dejan de fumar. Cuando una persona deja de fumar, a los cinco, seis o siete días las sustancias ya no están en el

cuerpo, pero sigue teniendo ganas de fumar, porque lo asocia a una cantidad de hábitos y momentos; el placer queda asociado a eso; evitar ese hábito queda asociado al displacer. Ese es el momento en el que quienes trabajan en el tratamiento tienen que implementar herramientas que se basan, fundamentalmente, en la motivación de las personas para cambiar el hábito. Se trabaja en que las personas empiecen a tener motivación para cambiar un hábito y trabajar de otra manera, disfrutar de otra manera o relacionarse de otra manera con las cosas.

Es en ese sentido que el proyecto entra en contradicción con la terapéutica, porque es imposible trabajar la motivación contra la voluntad del paciente. Los técnicos tenemos pocas herramientas cuando pensamos en trabajar con alguien que está en determinado lugar contra su voluntad. Eso es lo que muchas veces nos pasa en las cárceles o con las personas judicializadas.

En la primera etapa, la de intoxicación, de alguna forma, se puede trabajar contra la voluntad del paciente. Eso ya está legislado. En los casos en los que una persona corre riesgo de vida o hace que un tercero corra riesgo, hay mecanismos para llegar a una internación compulsiva, para salvar esa etapa de intoxicación. Pero la deshabituación se trabaja desde otro lugar, con la persona involucrada, con la persona poniendo sus propias metas y decidiendo lo que necesita y quiere. Desde el punto de vista técnico, esto se complica si trabajamos contra la voluntad de las personas.

Esto no quiere decir que consideremos que esa voluntad se acaba en el primer no; ese es otro aspecto en el que trabajamos. Hay muchas metodologías para ayudar a que las personas pasen por diferentes etapas, desde "No tengo un problema" a "Capaz que tengo un problema", luego a "Tengo un problema, pero no sé si quiero moverme tanto" a "Quiero moverme" y, después, estar dispuesto a mantener ese estado y a manejar las recaídas que se van dando en el proceso de mantenimiento. Esa es la forma en la que se trabaja con la deshabituación, incorporando las recaídas como parte del proceso.

En ese marco, es difícil pensar en trabajar de esta forma porque, como bien decía el secretario general, el menú de opciones tiene que ser amplio, tiene que haber un abanico de posibilidades que motiven a las personas para cambiar un hábito. Si el menú es muy limitado vamos a tener mucha más resistencia de las personas a cambiar la forma de trabajar y, entonces, se vuelve más difícil.

Todo esto también tiene que ver con la libertad de las personas a decidir sobre su terapéutica. La nueva ley de salud mental propone un modelo que fue muy trabajado desde el punto de vista de la evidencia científica en el sentido de la salud mental comunitaria, la no institucionalización como medida fundamental y otra cantidad de medidas que también entran en conflicto con este enfoque.

Por otro lado, las recomendaciones internacionales, tanto de tratamiento como de los criterios de calidad, también van en contra de trabajar en contra de la voluntad de las personas.

SEÑORA GONZÁLEZ (Aloha).- Tratando de ampliar y enfatizar lo que decía Luis González cabe señalar que este proyecto homogeneiza a todos los usuarios.

Otra cuestión a destacar es que para nosotros la internación es una indicación médica, clínica; tiene que ver con una indicación que hace un técnico a través de la evaluación de un cuadro. Me gusta poner el ejemplo de que uno no pide que lo operen de apendicitis. Se parte de la base de que en esa relación médico-paciente el médico está evaluando qué es lo mejor que se puede hacer en ese momento. Y en el caso de que se indicara una internación, se hará, al igual que se da una atención ambulatoria en el caso de las drogas o lo que fuera. No hay ningún misterio con la internación cuando hay una

situación que lo amerita y se entiende que es necesaria. Por eso tenemos a disposición de la Comisión los números de las intervenciones que tuvieron que ver con internación en residenciales a nivel país, si son necesarios, así como los correspondientes a atención ambulatoria.

Creemos que fortalecer el primer y segundo nivel, desde el punto de vista de economía de la salud, es mucho más productivo para todos los usuarios.

Reconocemos que es fundamental poner el tema sobre la mesa, haciendo empatía con los familiares y con todos aquellos que tienen personas cercanas con esta problemática, así como también con los técnicos, porque, como decía el secretario general, esto también es violento para los técnicos, y nosotros tenemos que pensar en todos los actores involucrados en la temática.

Hacemos una autocrítica en el sentido de que todavía hay cosas en las que tenemos que enfatizar y hacer, pero creemos que la línea en la que venimos trabajando es la que tenemos que seguir promoviendo.

Como decía Luis González, entendemos que unificar desintoxicación, rehabilitación y reinserción como una imposición, como se establece en el artículo 1º del proyecto, es algo muy complejo. Y entendemos que, sin lugar a dudas, la normativa vigente ya contempla los casos de intoxicación aguda.

SEÑOR GONZÁLEZ (Luis).- Me gustaría aclarar que en estos casos hay dos demandas válidas: la del usuario, que puede reclamar su tratamiento, y una demanda de la familia, que es igualmente válida, pero que muchas veces es diferente. Debe trabajarse cada demanda en su lugar y con una respuesta adecuada. Creo que se podría fortalecer el trabajo con los familiares para poder llevar adelante el acompañamiento de estas problemáticas que son tan complejas con más herramientas. Ese es un aspecto que tendríamos que desarrollar más. Si bien trabajamos mucho con los familiares en la red, tendríamos que enfocarnos en herramientas específicas para que ellos pudieran resolver esa demanda que permanentemente está en el tapete, que es válida, que es real y que existe.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchas gracias por sus intervenciones realizadas desde la óptica técnica y profesional que ustedes manejan; nos resultan sumamente valiosas.

Vamos a dar paso a los integrantes de la Comisión para hacer alguna devolución y, tal vez, alguna consulta.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Quiero trasmitir mis felicitaciones al novel secretario general de la Junta Nacional de Drogas, viejo amigo y colega. Eso es lo primero que quería manifestar; él sabe que lo quiero muchísimo.

Con respecto a este proyecto de ley de voluntad anticipada, lo primero que tenemos que destacar es que Uruguay y el resto del mundo están sufriendo una pandemia de drogas pesadas; lo estamos viendo diariamente. Este no es un tema de fácil resolución. A mi modesto entender, esto no se arregla con esta iniciativa; creo que empeora o desiguala; en definitiva, considero que la solución no pasa por este proyecto de ley.

También entiendo que como ciudadanos con responsabilidad de legislar tenemos la obligación de estudiar o pensar en forma conjunta en alguna medida, sea desde el punto de vista técnico, desde el punto de vista político, desde el punto de vista sanitario, porque tenemos la sensación de que estamos ante un problema grave.

Nosotros hemos recibido a las madres angustiadas por estos problemas. A mí me odian porque les digo la verdad. Yo quiero trabajar con ellas buscando soluciones reales,

no con una ley que sé que es inaplicable, porque si no hay plata no se puede aplicar. Si yo firmo y no tengo donde pagar, y el Estado no me brinda un lugar donde poder internar, ¿qué hago?

Además, sabemos que la internación no es la única manera de solucionar este problema, como bien lo dijo el secretario general de la Junta. Hoy tenemos internados muchísimos que están presos. Eso no trata el problema. Seguramente, cuando vengan los psiquiatras y psicólogos a informarnos nos dirán lo mismo.

Me parece que como sociedad tenemos que dar una respuesta, que no va a ser fácil, porque no es como tener una apendicitis, que se saca y se acabó el problema o como tener llagas, se toma antibióticos y también se acabó el problema. Esto no se trata con pastillas. El problema que hay en Uruguay también lo tiene el mundo, y no hay una solución sencilla. No obstante, tenemos la obligación de trabajar en eso, y no va a ser fácil.

Esta Comisión tiene visiones distintas, pero el mismo fin, que es encontrar una solución, amainar el problema, desdramatizar cómo lo viven las madres, aunque cuando uno las escucha se le parte el corazón. Tenemos obligación de trabajar. Por lo tanto, los aportes que ustedes puedan hacer desde el punto de vista técnico serán bienvenidos. Ahora, es obvio que la responsabilidad asistencial no recae sobre la Junta Nacional de Drogas, sino sobre los prestadores de salud y sobre el rol institucional que tiene el Ministerio de Salud Pública en las políticas que lleva adelante en este tema. De todas maneras, considero que ustedes son un factor fundamental por la expertise y por los datos que tienen, que sería muy bueno que nos los proporcionaran. Me gustaría saber, por ejemplo, cómo han funcionado los centros Ciudadela, si se han desarrollado en todo el país, dónde faltan más de estos centros, que es una herramienta más, aunque no la única. Esos datos van a ser muy importantes para esta Comisión al momento de legislar.

Comparto ciento por ciento lo que dijo el doctor Daniel Radío, en cuanto a que no podemos legislar por enfermedad, pero en este caso algo tenemos que hacer, porque no podemos desde el punto de vista político y humano mirar hacia el costado cuando tenemos niños y adolescentes que vemos que día a día se están drogando, con las consecuencias que trae la droga.

Estoy de acuerdo con las inquietudes planteadas y, seguramente, vamos a estar trabajando juntos a lo largo de todo el quinquenio.

SEÑOR DE MATTOS (Alfredo).- Antes que nada, quiero felicitar al doctor Daniel Radío, y decirle que han hecho una muy buena elección al designarlo en ese cargo.

Hay muchos desafíos con los consumos problemáticos y con los consumos terapéuticos de algunas drogas. Muchas de ellas han sido usadas por nosotros, los médicos, para calmar, y hoy están apareciendo otros usos, sobre todo del cannabis, cuyo uso es importante en la parte médica.

Comparto totalmente lo que dijo el señor diputado Gallo, en cuanto a que estamos omisos en buscar lugares de tratamiento y contención de los enfermos adictos a drogas pesadas. Este proyecto de los padres era fundamentalmente por la pasta base. Nosotros somos de Tacuarembó y podemos decir que allí hay muchos muchachos que consumen pasta base. Hoy, es una puerta de entrada de dinero para la gente que está sin trabajo porque está vendiendo en los barrios problemáticos de la ciudad. Hay muchos chiquilines con problemas de pasta base y cuando uno los ve en la calle se da cuenta de que no tienen solución médica, pues tienen trastornos neurológicos severos, y no sabemos cómo pueden salir de esa situación.

Entiendo lo que plantean las madres y los padres de estos chiquilines; son temas puntuales, estos, y a mí no me importaría ayudarlos para que ellos concretamente encuentren una solución. Pero tenemos que ver qué podemos hacer desde el Poder Legislativo para ayudar a crear lugares de contención para los pacientes enfermos adictos. En este sentido, tenemos experiencia. En Artigas hay un lugar para atender a estas personas, pero no da para cubrir todo lo que sucede en el norte. Allí, hay gente conocida, inclusive, vinculada a la política, que ha tenido éxito en su tratamiento, y está muy conforme; además, si recae, el centro lo toma nuevamente. Me parece que ese sería el camino.

Por mi parte -creo que al igual que todos los integrantes de la Comisión-, quiero apoyar todo lo que ustedes nos puedan aportar para que este problema tenga una salida, porque este flagelo lo vamos a ver cada vez más, máxime si se constituye en una puerta de entrada de dinero para la gente que tiene problemas económicos complejos; sin duda, van a seguir apareciendo bocas de pasta base en todos los pueblos y barrios problemáticos.

SEÑORA ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Antes que nada, quiero dar la bienvenida a la delegación y, por supuesto, felicitar a sus integrantes; linda changa va a tener.

Otro aspecto que me parecía importante mencionar es que quienes presentaron este proyecto en particular -que son las madres del Cerro, en representación de otras tantas personas- manifestaban que su prioridad estaba en la autorización o en esa expresión de voluntad y no en los dispositivos. Inclusive, llegaron a argumentar que esto no implicaría costos para el Estado, como una forma de alegar a favor del proyecto. Esto fue tratado con anterioridad y supongo que el doctor Daniel Radío en ese momento era legislador. En 2017 -consta en las versiones taquigráficas-, se planteaba un poco más que eso; se pedía que se crearan centros de rehabilitación, de atención oportuna, dispositivos para atender estas situaciones. Esto es más complejo porque empiezan a generarse otras cosas. Por un lado, está la situación vinculada a la persona o a las personas que, eventualmente, estén en esa situación de consumo problemático y, por otro, están los dispositivos. Hay dos dimensiones en este proyecto.

Por la importancia que tiene esta problemática, por la sensibilidad que genera y por lo que conlleva, debemos atenderla. Acá no estamos hablando solamente de lo cuantitativo, sino también de lo cualitativo, porque este tipo de situaciones genera angustia, sobre todo en algunas zonas por no tener donde recurrir. Se genera una dinámica muy compleja, pues no es solamente el problema del consumo y el trastorno a nivel familiar y comunitario, sino porque además se va generando violencia a nivel barrial, y ya no se sabe qué hacer con esa situación.

En ese marco, hay dos cosas que me gustaría dejar claras. Comparto el enfoque que ustedes planteaban, pero me parece que debería establecerse una línea de continuidad en el trabajo, que podrá ser respuesta directa o esperada a esta problemática, pero por lo menos que dé el puntapié para que se empiecen a ensayar otras cosas. Esto tiene que ver, fundamentalmente, con cómo se va a parar la Junta ante estos hechos. Sé que sus autoridades recién asumieron, pero me gustaría saber si tienen alguna definición en torno a los dispositivos que ya existen, como Ciudadela, Achique, Aleros y el que mencionó el señor diputado Alfredo De Mattos en Artigas, que es producto de un convenio, o si están proyectando algunos adicionales.

Se mencionó la ley de salud mental, que hay que reglamentar, que tiene un capítulo que contempla particularmente esta situación. Hago este planteo porque en el Sistema Nacional Integrado de Salud hay prestadores privados que tienen una política muy restringida en términos de atención, por lo que tendríamos que generar algunos

acuerdos. Quisiera saber si la Junta tiene la voluntad explícita de avanzar en esta reglamentación, particularmente, en esta dinámica.

Por otro lado, quisiera saber si están valorando otras posibilidades de respuesta a esta situación de angustia, puntual, pero también tareas de prevención inespecífica, por decirlo de alguna manera, de cara a evitar que se llegue a situaciones críticas. En cuanto al tema presupuestal, me gustaría saber si han tenido o están teniendo alguna línea de trabajo directo con el Ministerio de Economía y Finanzas y con Presidencia -la dependencia está ubicada allí- para avanzar en este tema, pues va a depender de los recursos que tenga la Junta que se puedan encaminar soluciones a esta problemática, más allá de que no sean necesariamente las que plantea este proyecto de ley en particular.

SEÑOR RADÍO (Daniel).- En realidad, como estas cuestiones involucran el proceso salud-enfermedad tienen que ser abordadas y tener respuestas en red; por lo tanto, deben tener una estratificación de los dispositivos terapéuticos que digan relación con los niveles de complejidad. Lo que hay que hacer es fortalecer esa red, el primer nivel de atención, fundamentalmente, el segundo y el tercero.

Lo que voy a decir, insisto, no es una crítica a ningún gobierno ni a ningún partido; es una autocrítica como sociedad, que me parece todos deberíamos hacer. Las respuestas que damos son insuficientes y tenemos algunos debes groseros. No sé si está previsto que ustedes convoquen al responsable de salud mental de ASSE, pero quiero adelantarles que una de las cosas que hemos conversado con el doctor Pablo Fielitz es la posibilidad de tener un centro de desintoxicación, que hoy por hoy no tenemos, por lo menos de la magnitud que necesitaríamos. Ahora, no debemos imaginar que un centro de desintoxicación es un lugar donde la gente va a estar internada por tres meses. Eso no es así. Además, no habría fundamento científico para tenerla allí. Ese es uno de los debes groseros que tendríamos a mediano plazo que resolver, porque las cosas no se hacen mágicamente. Eso sería un evento concreto y específico que el país tiene como desafío para los próximos tiempos.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que el país no empieza cada vez que cambia el gobierno; por lo tanto, debemos continuar con el trabajo de fortalecimiento de la red de atención, que en nuestro caso específicamente es la Renadro. Lo que tenemos que hacer es fortalecer el primer nivel de atención, donde seguramente se van a poder resolver muchos de los casos de consumo problemático de sustancias, y también fortalecer los otros niveles.

El centro que mencionaba el señor diputado Alfredo De Mattos se llama Casa Abierta, en el departamento de Artigas. También tenemos un centro con una especificidad particular y un enfoque de género en el departamento de Maldonado, que se llama El Jagüel, y otro que trabaja cuando hay patología dual, en el departamento de San José, llamado Chanaes, y el Portal Amarillo, conocido por todos. Pero, además, hay una cantidad de instituciones de primer y segundo nivel que complementan esta atención. ¿Esto es suficiente? No, para nada. Probablemente, dentro de cinco años tengamos que hacer la autocrítica de que seguimos corriendo de atrás. ¡Ojalá que no! Lo que tenemos que hacer nosotros es trabajar para fortalecer esto y tratar, en lo posible, de subsanar aquellos reclamos y angustias más ingentes, y ojalá nos pudiéramos anticipar a los hechos.

SEÑOR GONZÁLEZ (Luis).- Quiero complementar un poco los enfoques que se dieron en algunas intervenciones. Considero que algunos son buenos y habría que incorporarlos a la discusión.

Lo primero que debemos tener en cuenta es si esto lo vamos a analizar por sustancia o como un problema más global. Ahí hay varios riesgos. Si lo vamos a mirar por sustancia, siempre aparece la pasta base, que es la que se consume menos y no es la que genera más problema, pero es la que más se ve porque muchas veces la gente no tiene ámbito privado para consumirla. La consume en el ámbito público y lo vemos todos. Entonces, tenemos la percepción social de que hay un problema enorme con la pasta base. Pero cuando vamos a los números, resulta que el problema enorme es con el alcohol y el tabaco; esos elementos son los que generan los mayores daños. Entonces, es diferente lo que se ve de lo que pasa. Lo que ocurre adentro de las casas no se ve socialmente y entonces no genera tanto ruido, y creo que es bueno que eso se tome en cuenta.

En cuanto al acceso -es algo que me vino a la cabeza cuando ustedes estaban interviniendo-, hay algo que es interesante. En Uruguay tenemos una cantidad de opciones, por ejemplo, en cuanto a tratamiento. Si nos comparamos con otros países de la región, seguramente estamos en la punta en cuanto a ofertas; sin embargo, hay una cantidad de gente que queda afuera. Esa es una realidad. Y esa gente que queda afuera es la que vemos generalmente; no vemos la gente que pasó, que hizo su tratamiento adecuadamente y que tuvo una respuesta. Esa gente en general no se ve, no replica en los espacios como este; sí vemos a las personas que quedan afuera. En lo que tiene que ver con la autocrítica, creo que lo que tenemos que hacer -y debería ser permanente- es bregar por achicar la brecha de las personas que no acceden y estar atentos a eso.

Complementando lo que decía el doctor Daniel Radío, creo que también tenemos una brecha en cuanto al género, ya que llegan más varones que mujeres; existe una brecha con respecto a la territorialidad, ya que en algunos lugares es más fácil llegar y en otros es más difícil; existe una brecha en lo que tiene que ver con el aspecto socioeconómico y cultural, porque para algunas personas es más fácil consultar en el sistema de salud y para otras es más difícil. Trabajar esas cuestiones transversales a veces da como más potencial a la respuesta final.

En cuanto a la pregunta que hacían con respecto al presupuesto, la Junta Nacional de Drogas y las otras instituciones que trabajan en el tema tienen una herramienta muy interesante que es el fideicomiso de la administración Renadro. Esa es una herramienta con la cual administrar fondos de una manera muy ágil, eficiente y efectiva. Llegado el caso de que en algún ámbito se plantee fortalecer o mejorar esa herramienta podría estar a disposición.

Finalmente, quedamos a disposición para enviar los datos que necesiten con el fin de que puedan contar con la información necesaria para la discusión. En cuanto a la atención, tenemos muchos datos y también en cuanto al uso. Si ustedes nos lo solicitan, podemos armar los informes que requieran.

SEÑORA GONZÁLEZ (Aloha).- Con respecto a lo que preguntaba la señora diputada Lucía Etcheverry, como coordinadora del fideicomiso debo decir que se asumió el sostén de todos los dispositivos y la financiación de lo que hasta el momento se estaba sosteniendo desde el fideicomiso Renadro, en una línea de proyección exacta.

SEÑORA ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- La situación de los contratos que se comentó públicamente, ¿se resolvió?

SEÑORA GONZÁLEZ (Aloha).- Nunca hubo ningún problema; fue más una alerta que se dio. Mi interpretación es que todo fue muy concomitante con lo que estaba pasando en el Ministerio de Desarrollo Social.

(Interrupciones)

——Sí, como que quedó homologado, pero es una interpretación mía.

Desde el fideicomiso Renadro nunca hubo ningún problema al respecto. La renovación se dio en tiempo y forma en las mismas condiciones que se venía dando, con las mismas organizaciones de la sociedad civil, con los mismos programas, los mismos recursos humanos y con los incrementos necesarios acorde a la normativa vigente.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos ampliamente por su tiempo, por sus conceptos realmente valiosos para esta Comisión al momento de evaluar un proyecto de tanta trascendencia y tan necesario para la sociedad.

Sabemos que están abiertos a ser convocados nuevamente en caso de necesitar alguna ampliación sobre algún aspecto técnico de lo que estemos evaluando. Muy agradecidos por estas intervenciones y será hasta la próxima, ya sea que la Comisión los cite o que ustedes quieran venir a exponer sobre algún tema puntual.

(Se retiran de sala las autoridades de la Junta Nacional de Drogas)

(Ingresan a sala representantes de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, de la Sociedad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, de la Asociación de Psiquiatras del Interior, de la Cátedra de Psiquiatría Pediátrica, de la Cátedra de Psiquiatría Adultos y del Sindicato Médico del Uruguay)

——La Comisión tiene el agrado de recibir a una delegación de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, de la Cátedra de Psiquiatría Pediátrica, de la Cátedra de Psiquiatría de Adultos y del Sindicato Médico del Uruguay, integrada por las doctoras Gabriela Garrido, Sandra Romano, Mónica Silva y Cecilia Idiarte Borda, y los doctores Luis Villalba, Juan Triaca, Gabriel Rossi y Gustavo Grecco.

SEÑOR VILLALBA (Luis).- Soy el presidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

Voy a dar lectura a un documento que hicimos entre la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, la Asociación de Psiquiatras del Interior -que si bien no está presente, apoya este documento-, la Cátedra de Psiquiatría de Adultos de la Facultad de Medicina, la Cátedra de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina y el Sindicato Médico del Uruguay, que dice lo siguiente: "[…] Comprendemos la entidad del tema en cuestión y el sufrimiento que genera a individuos y familias, y es nuestro compromiso, deseo y deber colaborar para que la salud pública mejore. Como dijimos, los determinantes de las situaciones de uso problemático de sustancias son múltiples y complejos. Comprendemos los sufrimientos que subyacen y se expresan mediante este acto-síntoma que conjuga aspectos individuales, familiares y socioculturales. Conocemos también las dificultades del sistema para dar respuesta efectiva en todos los casos, por lo que compartimos la preocupación que motivó la redacción de este proyecto de ley.- Más allá de ello, consideramos que no da respuesta al problema y que en algunos casos podría interferir con el abordaje terapéutico.- A continuación exponemos tres ejes que fundamentan lo que planteamos:

——perspectiva técnica (teórica y clínica, particularmente la experiencia de expertos en el tema),

——aspectos de las estructuras de atención,

——consideraciones legales. Finalmente nos permitimos sugerir algunas acciones para enfrentar en conjunto este problema.

1) El punto de vista técnico El paradigma clásico presupone que las adicciones dependen de la exposición frecuente e intensa a sustancias con capacidad adictiva, o a conductas que estimulan sensaciones de recompensa -apuestas, videojuegos, Internet, comida, acciones de riesgo, sexo, robo, etcétera. Sin embargo hoy estamos lejos de ese modelo. Múltiples investigaciones científicas han determinado la revisión del mismo; se ha demostrado que dicho paradigma clásico no explica el fenómeno, dado que la mayoría de las personas que consumen no establecen una relación de dependencia. Así hoy podemos plantear el paradigma actual que convoca a la interdisciplina. […] El mismo se centra no solo en la vulnerabilidad del individuo, sino también en la de su contexto familiar y social. Factores genéticos, epigenéticos, neurobiológicos, ambientales, psicológicos y sociales operan sobre el psiquismo determinando una propensión a la adicción. Por tanto, las múltiples combinaciones de factores son las que operan en las determinantes de vulnerabilidades del psiquismo en tanto construcción de éste en la interrelación psicosocial. Es por ello que las adicciones a sustancias y conductuales comparten mecanismos psicopatológicos, etiológicos y neurobiológicos. Se trata del encuentro de una personalidad con un producto o conducta en una determinada circunstancia, conjugándose la vulnerabilidad individual con sensibilidades particulares a los efectos del agente adictivo. Como dijimos, abundante evidencia científica surgida de múltiples investigaciones en el mundo" -citamos varias- "y de nuestro medio muestra que solo 10% de las personas expuestas a sustancias con propiedades adictivas desarrolla dependencia, expresada como un patrón patológico de elementos cognitivos, emocionales y comportamentales provocados por el consumo de sustancias. Esto se explica por las vulnerabilidades individuales, que son determinantes.

Los adictos presentan en su gran mayoría un deterioro de la función regulatoria de los afectos, el control de los impulsos y el mantenimiento de la autoestima. El contexto en el que viven es decisivo y cabe el planteo clínico de que muchas veces tiene más importancia que la predisposición propia del sujeto, por lo que debe incluirse siempre en los diagnósticos y en los abordajes terapéuticos.

En los consumos problemáticos, en general en sus inicios, la sustancia o conducta adictiva parece producir una sensación de placer, pero rápidamente va ganando un espacio en detrimento de la propia persona, pasando a ser el centro de su vida, a pesar de generar importantes daños a nivel orgánico, psíquico, familiar y/o social.

Es decir que se genera una vivencia que 'disfrazada de placer' más bien es en realidad una búsqueda de 'algún tipo de alivio', una especie de intento de anestésico emocional, al estilo de un acto mediante el cual se busca impedir la toma de contacto de conflictos, que no han podido ser elaborados y que por tanto han debido permanecer sin poder tramitarse de otra manera. Esta es la base de las conductas adictivas y su letanía de repetición, casi idéntica una y otra vez, con la que se pretende sin ser consciente, ocultar el sufrimiento. Por ello decimos, que si bien el adicto -y su entorno- saben de lo destructivo de sus actos, no obstante su necesidad es imperiosamente más fuerte.

En esta línea, hay autores […] que plantean que el proceso implica la defensa psíquica contra una dependencia emocional percibida como fragilidad y amenaza para la identidad del sujeto. Los vínculos afectivos son reemplazados por otros de dominio y sometimiento, en un intento de control a través de objetos sustitutivos: (droga, juego, alimento, etc.).

Se conceptualiza a los agentes adictivos como una función protésica, por lo que si se pretende el cese de su influencia, es necesario 'sustituirlos' de algún modo: sustitución de un acto síntoma-prótesis, por la elaboración creativa del paciente de su propio sistema

de sostén simbólico. Este aspecto incluye al entorno familiar y social, relevante para que los planes terapéuticos no fallen.

Por otra parte, múltiples estudios nacionales e internacionales desde los años 80 muestran la prevalencia de co-ocurrencia de trastornos por consumo de sustancias con otras enfermedades psiquiátricas. Esquizofrenia 70-80% […] trastorno bipolar 60% […], trastornos de personalidad graves 70% […], trastornos de ansiedad y depresión 30% […] y trastorno por déficit atencional con hiperactividad 30% […] son los más frecuentes. Las adicciones pueden considerarse desde esta perspectiva como síntoma en un marco-espectro de otra patología previa que está en la base (psicótica, neurótica, trastorno de personalidad).

Tomando en cuenta todo lo que antecede y remitiéndonos al artículo 1 del proyecto de ley, constatamos que desde el punto de vista de la psiquiatría clínica no es sencillo definir cuándo una 'persona se encuentra psíquicamente apta, así como en plena lucidez, y en situación de adicción a las drogas' para firmar un compromiso con las características del que se plantea. Tal afirmación puede requerir varias entrevistas a lo largo del tiempo y también la opinión de otras disciplinas que enfocan diversos aspectos de la salud mental: el diagnóstico es siempre longitudinal e interdisciplinario. El mismo artículo plantea 'para cuando se encuentre bajo los efectos de su adicción'. La intoxicación o la abstinencia constituyen períodos de agudeza de la enfermedad y están supeditados a la acción o falta de la sustancia. Pero la vida de estos pacientes está signada por rasgos de personalidad vulnerables -particularmente ante los impulsos dependientes-, lo que implica que los 'efectos de su drogadicción' van más allá de los episodios de descompensación: están enraizados en la psicopatología de la persona.

Otro elemento a destacar es que el conjunto de individuos con problemas de dependencia no es homogéneo. Los procesos de detección y de evaluación ayudan a asegurar una planificación adecuada del tratamiento, que incluye el desarrollo de un plan adecuado y la obtención de la autorización de la persona para implementar el plan. El abordaje debe ser diferente en cada caso; una concepción basada en la uniformidad suprime las diferencias y excluye a la historia, subjetividad y singularidad de la persona, cerrando puertas a la comprensión de las motivaciones específicas que el acto de drogarse conlleva, incluso de las razones por las que se elige determinada droga.

No hay una única estrategia que pueda resolver todas las necesidades de los pacientes con uso problemático de sustancias, y en cada caso es importante tener en cuenta: el nivel de dependencia y sus implicaciones clínicas, el grado y características del apoyo familiar y social de que se dispone, la etiología de los conflictos desde una perspectiva biopsicosocial, la entidad del deterioro físico, psíquico y social, y la comorbilidad médica y psiquiátrica (Patología Dual).

El tratamiento supone la evaluación médica general, y -en cuanto a la adicción específicamente- combinar recursos farmacológicos, psicoterapéuticos, socioterapéuticos, etc., mediante abordajes en red con dispositivos para los pacientes y su entorno familiar y social. Esto implica interdisciplina e interinstitucionalidad. La internación es solo un instrumento con indicaciones y rangos de eficacia definidos; el abordaje completo requiere aproximaciones a la medida del paciente y su entorno. Si no hay cambios en la estructura de la situación, el retorno a la cotidianeidad llevará a la repetición del problema; de hecho son muy frecuentes las recaídas luego de que las personas pasan largos períodos en comunidades terapéuticas o centros de rehabilitación.

La experiencia uruguaya e internacional muestra que gran cantidad de veces -en virtud del trasfondo de inestabilidad y vulnerabilidad psicosocial que domina la escena-

los planteos de internación urgente para cambiar se convierten rápidamente en deseos de irse sin incorporar los señalamientos, sugerencias o indicaciones del equipo técnico.

El pronóstico a mediano y a largo plazo no depende solo de la suspensión o atenuación de la conducta adictiva, sino de la evolución de la personalidad y el entorno sociofamiliar.

Volviendo al texto del proyecto, el artículo 2 propone que 'La internación para recibir el tratamiento de desintoxicación, rehabilitación y reinserción social, a que refiere el artículo anterior, será preceptiva... ' y fija plazos específicos, y el artículo 5 plantea que 'La referida voluntad anticipada no podrá ser revocada durante el período de internación a que refiere el artículo 2º de la presente ley'. La persona queda así obligada a una internación durante un plazo determinado (no menor de tres meses) aunque su voluntad durante la internación se exprese en sentido contrario. También implica que el equipo tratante no puede dar el alta sanatorial al paciente durante al menos ese lapso. Se propone así un modelo rígido que no da cuenta de las múltiples variables que pueden presentarse.

La mejor respuesta y adherencia al tratamiento es cuando el paciente lo realiza voluntariamente y sostiene esa determinación, y las familias se comprometen. La internación prolongada del adicto cuando no desea suspender el consumo no demuestra mayor efectividad para mantener la abstinencia, pudiendo ser contraproducente en el proceso terapéutico y de reinserción social. Quizás en algunos casos sea una buena opción, pero no en otros, y aún así el lapso debe acordarse entre el paciente y los técnicos. Hay pautas clínicas -por ejemplo las del Proyecto Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas 'Portal Amarillo'- acerca de cuál es el dispositivo más adecuado en una situación dada.

En concreto, las formas estandarizadas de atender adicciones centrándose en la internación tienen índices de fracaso muy elevados". Esto lo dicen muchos estudios.

El documento continúa expresando: "2) Aspectos de las estructuras de atención.

Nos referiremos aquí a un área no específica de la psiquiatría, relacionada con la salud pública.

Existen unas 261.000 personas con uso problemático de alcohol. Aproximadamente 27.000 tienen dificultades con la marihuana (16,7% de los usuarios), y además son muchos los individuos con uso problemático de cocaína, pasta base de cocaína y muchas otras sustancias psicoactivas. Aunque solo un porcentaje de esos potenciales usuarios se planteará hacer uso de la alternativa, el efecto sería insostenible para el actual sistema de salud pública y privada. Habría además que considerar a las numerosas personas portadoras de adicciones conductuales y sus familias, en tanto podrían exigir ese modo de tratamiento.

Este proyecto de ley generaría requerimientos técnicos y materiales muy costosos, y es imposible llevarlo adelante en las condiciones actuales. Conllevaría inversiones relevantes a cambio de muy pobres resultados: la eficiencia del modelo propuesto sería muy baja y posiblemente pasaría a ser parte de aquello que está escrito pero jamás se cumple.

En cambio, si se destinaran los recursos para primer y segundo nivel de atención se beneficiarían muchas más personas, y dadas las dificultades que tiene hoy el sistema de salud es importante utilizarlos de la manera más apropiada.

3) Aspectos legales.

Nos permitimos algunas puntualizaciones dado que esta ley podría comprometer la tarea de los técnicos en situaciones en que las normas coliden o se superponen.

Hoy rige la Ley N° 19.529, la Ley de Salud Mental, desde una perspectiva de derechos humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, aprobada en 2017, que legisla en relación al derecho al tratamiento. Su artículo 5º establece: 'El consumo problemático de sustancias psicoactivas será abordado en el marco de las políticas de salud mental', y establece que las personas que presentan adicciones deben recibir tratamiento en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Algunos artículos del proyecto se oponen al espíritu de la ley de salud mental: el paradigma de derechos humanos reafirma la libertad de decisión del paciente, salvo en situaciones específicas. También se oponen al nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia, el que explicita que los menores pueden exigir estar solos con su técnico tratante y ser parte de toma de decisiones.

No es adecuado legislar los tratamientos dado que muy probablemente cambiarán con el tiempo. Sí hay normativas establecidas que regulan la obligatoriedad de la atención a las personas. El tiempo de internación debe ser determinado por el equipo técnico, según evolución clínica, criterios técnicos y teniendo en cuenta también la decisión de los usuarios de permanecer en el mismo.

En cuanto a la hospitalización involuntaria y la aplicación de tratamientos, los psiquiatras tenemos la obligación de regirnos por lo que las leyes a continuación expresan. Ley Nº 19.529 de salud mental. Artículo 30. '(Hospitalización involuntaria)'.- 'La persona solo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando A) Exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros. B) Esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo pueda aplicarse mediante la hospitalización'.

La voluntad anticipada tiene por fundamento la voluntad explícita de la propia persona afectada. En el caso de los niños y adolescentes, los padres no pueden suplirla, sino que ejercen la representación legal ya establecida en la ley y darán su permiso y consentimiento para una internación involuntaria en los casos indicados por los médicos tratantes, conforme a lo previsto en la ley de Salud Mental (artículo 27 y siguientes). El Código de la Niñez y la Adolescencia específicamente cuenta con el artículo 120.7 que habilita la internación compulsiva en caso de riesgo, de modo similar al artículo 30 de la ley de Salud Mental. En el mismo sentido, el Código insta a escuchar la voluntad de niños y adolescentes, la que será tomada en cuenta de acuerdo con el criterio de 'autonomía progresiva'.

La Ley Nº 18.335, Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud, artículo 11.

'Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Este puede ser revocado en cualquier momento. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologíasque impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán

llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica'.

Existen dispositivos para situaciones de personas con uso problemático de drogas con repercusiones legales. Por ejemplo, el Convenio Interinstitucional Ciudadela Montevideo (Junta Nacional de Drogas - Suprema Corte de Justicia - Ministerio de Desarrollo Social - Ministerio del Interior - Administración de Servicios de Salud del Estado - Fiscalía General de la Nación - Instituto Nacional del Niño y del Adolescente - Intendencia Departamental de Montevideo). Es un dispositivo de asesoramiento, orientación y diagnóstico para personas con uso problemático de drogas, sus familiares y referentes afectivos.

Sugerencias.

Consideramos que lo más adecuado para mejorar la calidad de la atención en lo que al uso problemático de sustancias refiere es apuntar a respuestas integrales en el marco de la nueva ley de salud mental.

Contamos hoy con un Plan Nacional de Salud Mental aprobado por el Ministerio de Salud Pública que contiene intervención en el área de consumidores de alcohol y cannabis.

Asimismo en el ámbito de la Secretaría de Drogas funciona la Renadro, red de atención de carácter nacional que da asistencia a usuarios problemáticos de drogas, con evaluación y monitoreo de su accionar.

Corresponde continuar avanzando sin dilaciones con objeto de instrumentar y protocolizar respuestas para las adicciones integradas en todos los ejes que la ley aborda. El trabajo conjunto de la comunidad, los delegados de las disciplinas ligadas a la salud mental y de todas las personas que tienen posibilidad de incidir, puede ser determinante para mejorar la calidad de la atención.

Los pacientes que presentan un consumo problemático de sustancias en general tienen múltiples necesidades terapéuticas en varios niveles: personal, familiar, social, económico, médico. (Naciones Unidas, 2003). El modelo de tratamiento debe enmarcarse en los servicios integrales de salud entendiendo por tales '…acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios' (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Consideramos adecuados los lineamientos de este modelo, y sobre ellos insistiremos durante el proceso de reglamentación de la ley.

Además, como en toda la atención en salud, se trata de exigir que las estructuras actuales funcionen correctamente y la normativa vigente se tenga en cuenta, y en tales aspectos hay mucho para hacer. Los psiquiatras estamos trabajando en tales sentidos y continuaremos haciéndolo.

Saludamos a esta Comisión y quedamos a disposición para lo que considere necesario".

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos este gran aporte porque aborda desde muchas perspectivas el proyecto que está a estudio de la Comisión y la problemática en el sentido más global. Agradecemos porque la idea es hacer algo por este tema que tanto preocupa a la sociedad. Por supuesto que esta es una iniciativa que puede sufrir las

modificaciones necesarias para contemplar todos los aspectos técnicos que requiere la situación.

La Comisión está agradecida.

(Ingresa a sala el señor representante Goñi Reyes)

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Como bien se dijo, el 2016 y el 2017 fueron años de intenso trabajo en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social y, precisamente, ustedes jugaron un rol fundamental en la colaboración que tuvimos para arribar a una ley que, a mi entender, marcó un antes y un después en materia de salud mental.

Por suerte, pudimos trabajar esta ley con organizaciones civiles, sindicales, es decir, con todos los actores involucrados, y todos juntos logramos arribar a esa ley.

Concretamente, el proyecto que estamos tratando se da de frente con lo que trabajamos durante tantos años. Voy a hablar a título personal, sin comprometer la opinión de mi fuerza política. Personalmente, estoy absolutamente en contra de este proyecto, porque creo que no mejora nada sino que va a empeorar y va a coartar derechos. No voy a analizar el articulado, pero el concepto es que estoy absolutamente en contra de este proyecto de ley.

Dicho esto, creo que como sociedad tenemos el deber de intentar buscar una solución y una salida al problema de las adicciones, que no solo tiene Uruguay, sino también el mundo entero. Entonces, qué me voy a poner a hablar yo de adicciones si ustedes tratan a las personas que las padecen. Tenemos dificultades, serias dificultades. Todos los presentes hemos padecido problemas en nuestro entorno familiar, barrial por alguna persona que tiene problema de adicción a drogas, digamos, pesadas, que lo lleva a otras problemáticas bien conocidas.

Creo que la internación no es la solución al problema. Cuando trabajábamos en la ley de salud mental decíamos que uno puede tener 150 hospitales, 3.000 camas, 3.000 psiquiatras para atender a una de las camas, pero el problema seguirá igual, porque la solución no pasa por un tema de recursos humanos ni materiales; requiere un abordaje interdisciplinario. Es decir, este problema no lo van a resolver ustedes solos, Salud Pública, la Junta Nacional de Drogas ni el Poder Legislativo con una ley. Pero tenemos que asumir como sociedad que estamos teniendo un problema.

También soy crítico, y cuando uno lee y los escucha, da la impresión como que acá no pasa nada o que estamos tratando de hacer cosas. Creo que todos tenemos responsabilidades y asumo la responsabilidad de mi gobierno, del Frente Amplio, porque estuvo mucho tiempo para reglamentar esta ley. Estuvimos tiempo trabajando en la ley, pero hay aspectos que todavía no están reglamentados, y tenemos plazos. Entonces, soy autocrítico porque no cumplimos, ya que no reglamentamos en la medida que correspondía.

Digo esto porque si no parecería que uno está en contra del proyecto y que acá no pasa nada; no, estamos ante un problema y lo tenemos que asumir. No sé si vamos a arreglar el problema con una ley, pero me parece que debemos comprometernos todos, y como Comisión de Salud Pública tenemos la obligación.

Seguramente los señores legisladores y las señoras legisladoras, compañeros de la Comisión, tengamos el mismo norte; todos pensamos lo mismo. Algunos compañeros piensan que una solución puede ser este proyecto, otros pensamos que no, pero todos pensamos que tenemos que dar alguna respuesta, porque el agua nos rebasa, sobre todo en esta coyuntura de la pandemia, de la crisis, donde todo propende a un mayor

consumo de estas sustancias, que cada vez son más complejas y llevan a delinquir. Cuando uno escucha a las madres -ustedes vaya que saben de esto- a quienes no estamos acostumbrados a enfrentar estas situaciones se nos parte el corazón. Cuando escucho a una madre que dice que mataron a su hijo porque lo llevaron preso por robar una gallina, realmente se me parte el corazón.

A lo largo de los años uno va viendo que hay un conjunto de familiares vinculados a esta problemática: están Madres del Cerro, agrupaciones en Tacuarembó, Canelones, etcétera. Es decir, el fenómeno va generando un estado de opinión y me parece que como sociedad, como médico y legislador algo tenemos que hacer.

Entonces, bienvenidos al trabajo conjunto una vez más, y no será la última vez que nos veamos, porque seguramente habrá un largo trabajo por delante, ya que alguna solución tendremos que encontrar.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Destacamos en Sala la presencia del señor diputado Goñi quien nos acompaña en el día de hoy.

SEÑORA ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Buenas tardes. Agradezco la presencia de esta delegación en la Comisión.

He seguido el tema con la versión taquigráfica del año 2017, y advierto que hay conceptos que se reiteran. Como en ese momento yo no estaba aquí y esta es la primera vez que tomo contacto con este proyecto, eso me llama la atención. Esta iniciativa se presentó antes; participaron la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, los representantes de la sociedad de psiquiatría infantil, la cátedra, el Sindicato Médico del Uruguay, la Secretaría Nacional de Drogas, y los planteos coinciden.

Lo que está planteado en este proyecto no necesariamente es la mejor solución a esa problemática en particular, pero todos somos contestes en que hay que generar una alternativa para atender estas situaciones de angustia, pero, en realidad, para dar una solución a la globalidad del problema, que tiene vertientes muy distintas. No se trata solo del problema de la pasta base. Como mencionaban los representantes de la Secretaría General de la Junta Nacional de Drogas más temprano, eso es lo que más se ve; también hay una construcción de la problemática en la opinión pública. Pero no queremos legislar para eso, porque sería mentirnos entre todos.

Por lo que he podido recabar de la lectura de las versiones taquigráficas de las instancias en las que se trató el tema, con la participación de distintas instituciones, y a lo largo de este tiempo, entiendo que está pendiente empezar a dar otros pasos en lo que hace a la ley de salud mental. Estamos a poco más de un mes del presupuesto nacional, así que hoy tenemos tiempo para poner el pie en el acelerador y que por ahí se generen, por lo menos, algunas salidas, algunas alternativas, que sin ser soluciones definitivas, al menos permitan empezar a trabajar de una manera distinta.

Entonces, el planteo concreto es la invitación a recibir de parte de ustedes, más allá de los comentarios a este proyecto de ley -al que también tenemos que dar un cierre, una respuesta, porque hay familias con muchísima angustia- y, sobre todo, pensando en la generación de algunas alternativas, quizás, a través del Sistema Nacional Integrado de Salud, algunas herramientas que entiendan convenientes y que, obviamente, necesiten, una expresión presupuestal en el marco de la reglamentación de la ley de salud mental, que es perentorio, porque estamos a treinta días, pero que por lo menos nos permitan empezar a caminar distinto.

SEÑOR DE MATTOS (Alfredo).- Gracias a todos por su presencia en la Comisión. Gracias al doctor Villalba. Realmente, para mí, es muy importante recibir toda la información de parte de ustedes.

Me entero ahora de que en el Plan Nacional de Salud Mental se hace referencia al alcohol y al cannabis; si bien me parece que son los casos más surtidos del problema, lo que rompe los ojos, sobre todo en el interior del país, es el consumo problemático de otras drogas, particularmente, la pasta base, que se ha transformado en una forma de sobrevivir a la crisis económica en los barrios problemáticos de la ciudad, donde han aumentado las bocas de pasta base, porque su venta es un modo de generar ingresos a la familias.

Estoy de acuerdo con quienes me precedieron en el uso de la palabra en cuanto a que debemos trabajar en el tema. Este es un viejo problema que conocí cuando me fui a vivir a Tacuarembó, donde ya había adictos. En aquel momento, eran muy livianos; por supuesto, había adictos al alcohol, y adictos a la marihuana, sobre todo, chiquilines. Tuve la oportunidad de tratar de ayudar a algunos de ellos de alguna forma. Después, la situación se fue agravando con el consumo de otras drogas pesadas y de la cocaína que ha entrado mucho, sobre todo en el interior, que es donde tenemos experiencia.

De mi parte, bienvenido sea que en este período de gobierno se haga todo lo posible para mejorar en algo la asistencia a este tipo de pacientes.

En el norte, en Artigas, tenemos un portal que ha dado ayuda a muchos pacientes, si bien muchos han quedado afuera. Los que han ido y se han tratado han andado bien; han tenido una buena contención, han recaído, pero los han vuelto a tomar y están conformes con el tratamiento.

Así que les agradezco nuevamente su presencia. Esperamos de su parte todo lo que entiendan que pueda ayudar a encontrar una solución a este problema.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tal como mencionaron los demás integrantes de la Comisión, sin duda hay un espíritu unánime de abordar este problema.

Más allá de que con respecto a este proyecto haya opiniones a favor o en contra, lo importante es hacer, pero hacer bien. Entonces, la verdad es que, como Comisión, nos gustaría recibir sugerencias de proyectos o planes en este sentido; creo que este es el momento más oportuno para ello. Y qué mejor que recibir aportes de las personas que tratan estos temas y que tienen la experiencia técnica.

Como ya mencioné, estamos dispuestos a introducir modificaciones al proyecto que permitan dar una respuesta a esta situación. Tal vez, haya que cambiarlo todo; tal vez, haya que mantener algunas cosas y mejorar otras, pero, sin duda, más allá de la refutación expuesta aquí, con mucho fundamento, nos gustaría recibir sugerencias de parte de ustedes -si lo entienden viable y posible-, ya sean modificaciones del mismo proyecto o la presentación de nuevas opciones para esta temática que tanto nos preocupa como sociedad.

SEÑOR ROSSI (Gabriel).- Soy integrante de la sociedad de psiquiatría de niños y adolescentes.

Quiero hacer algunas consideraciones. Estaba pensando en el proyecto, pero asociado a la situación actual del covid-19, es decir, si para el caso del covid-19 pensáramos solo en la internación en el CTI. El logro que ha tenido Uruguay con relación al covid-19 no es la internación en centros de tratamientos intensivos -sin duda, es muy importante y muy necesaria en algunas situaciones puntuales-, pero el gran trabajo se

hizo fuera de los CTI. Reitero que digo esto más allá de que los CTI -tengo muchos amigos allí- han trabajado muy bien; pero han recibido pocos pacientes.

El trabajo vinculado a las drogas es parecido. No necesariamente tenemos que poner a los pacientes en un CTI. Lo que tenemos que hacer es trabajar en lo previo para que no lleguen a una situación de esas características.

El diputado Gallo hablaba de droga dura. Yo coincido con esta percepción social, pero no coincido con aquello a lo que se le llama droga dura. La mayor dureza que tenemos en este país es el alcohol, que es una droga absolutamente subvalorada.

Quiero darles cifras que surgen de un estudio realizado por Cinve para la OPS, relativas a lo que costó para Uruguay, en todo sentido -gastos directos e indirectos- el consumo de alcohol.

Los costos directos vinculados al consumo de alcohol -que tienen que ver con costos de salud, destrucción de activos y encarcelamiento-, en Uruguay, en el año 2017, fueron US$ 47.000.000. Los costos indirectos -incluye fallecimientos prematuros, ausentismo laboral, entre otros ítems- fueron US$ 212.000.000. Expreso las cifras en dólares porque si las digo en pesos me pierdo. Quiere decir que en total, en el año 2017, según el estudio de Cinve, Uruguay gastó US$ 259.000.000 en costos directos e indirectos vinculados al consumo problemático de alcohol.

Muchas veces hacemos una subvaloración porque tenemos una cultura relacionada con nuestros orígenes mediterráneos que tienen mucho que ver con esto y perdemos la lógica de qué estamos hablando. Cuando hablamos de drogas, hablamos de todas las drogas.

A nivel mundial pasa exactamente lo mismo. Las drogas más complicadas a nivel mundial en lo que refiere a los costos son el alcohol y el tabaco. Con respecto al tabaco, Uruguay ha hecho un gran trabajo. Por eso, tenemos costos menores. Con esto no quiero decir que las sustancias ilegales sean buenas. Lo que digo es que a veces tenemos que pensar en perspectiva país y en perspectiva costos. ¿Cuánto de esto vamos a poder llevar a cabo? ¿Cuánto cuesta una política pública? Eso es central, porque podemos tener una política pública maravillosa, pero no la podemos pagar, sobre todo teniendo en cuenta que estamos viviendo una época de recesión por toda esta situación del *covid-19*.

Nosotros tenemos una muy buena red -ustedes recibieron a las autoridades de la Secretaría Nacional de Drogas- desde el punto de vista comparativo en América Latina. La única que se asemeja a la nuestra es la de Chile, pero es discutible; ningún país se nos asemeja en la red que tenemos en el país; contamos con centros regionales, en fin, los compañeros de la Secretaría ya han ahondado en el tema.

El mejor proyecto que tenemos acá ya está votado: es la ley de salud mental. Debemos entender que la ley de salud mental prioriza lo comunitario. Ahí es donde vamos a trabajar. ¿Por qué? Porque tenemos que ahondar en los mecanismos de diagnóstico primario. El Ministerio de Salud Pública, a través del Plan Nacional de Salud Mental, hace intervenciones en marihuana y en alcohol, que tienen una gran evidencia de ser efectivas. Se hace un *screening* rápido, se ve rápidamente qué le pasa a la persona, se le dan determinadas indicaciones y a los cinco años se ve que esas indicaciones fueron efectivas para bajar el consumo.

El diputado decía que en el Plan Nacional de Salud Mental no hay elementos con relación al consumo de cocaína y de pasta base. Eso ya existe en el Modo 1 y Modo 2 de las prestaciones; todos los organismos, tanto públicos como privados, es decir, ASSE y los privados, tienen la obligación de dar tres modos de tratamiento. Creo que el gran error

fue hacerlo solo para pasta base y cocaína; eso ya está. Lo que pasa es que en ese momento no se legisló con respecto al alcohol y la marihuana. Creo que eso fue en el gobierno de Mujica, en el año 2011.

Para redondear, creo que en un proyecto de estas características hay que tener en cuenta la cuestión de derechos, porque me parece que hay algunos derechos de las personas que no se respetan. Además, los costos sanitarios son enormes; hacer centros de tratamientos puede ser bueno desde el punto de vista de mostrar que se abrió un centro de esas características, pero eso no tiene que ver con la efectividad. Además, desde el punto de vista sanitario, está probado que no es la forma de abordar el problema. Con esto no estoy diciendo que los centros de tratamiento no sirvan; lo que sirve es tener una cadena de intervenciones y ser económicos en eso. Lo más económico es hacer una intervención desde el punto de vista comunitario para después ascender al último escalón, que es un escalón técnico de estas características.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Concuerdo ciento por ciento con lo que dice el doctor Rossi.

Cuando hice uso de la palabra, estábamos hablando concretamente de una sustancia y de una problemática especial que tiene un conjunto de ciudadanos que vienen a golpearnos permanentemente la puerta, como es la pasta base. Obviamente, para nosotros, el principal problema sigue siendo el alcohol, y lo vamos a seguir atacando, como ya empezamos a hacerlo, con medidas concretas, como la tasa cero para la conducción, con el desarrollo de un proyecto sobre el alcohol más holístico, como dijo el expresidente de la República Tabaré Vázquez, que se está reglamentando. Seguimos trabajando sobre el consumo del alcohol porque es un gran problema; hoy día, las cifras indican que está afectando a 320.000 personas directamente; hace tres años eran 260.000. Este es un tema que seguiremos considerando muy cercanamente en la Comisión Especial de Adicciones.

En cuanto a la pasta base, concuerdo con el tratamiento. Pero, a mi modesto entender, de médico cirujano que no tiene nada que ver con la psiquiatría, está faltando el último escalón. Pasamos a un primer nivel, que todavía falta desarrollar mucho, y los diferentes escalones, pero cuando llegamos a la internación no para el tratamiento, sino para la desintoxicación, cuando el médico psiquiatra lo indica, vemos que un conjunto de ciudadanos de este país no puede acceder a eso, porque llaman por teléfono al Portal Amarillo y no hay lugar, llaman a uno y otro centro y tampoco hay lugar, y nos llaman a nosotros para ver si como legisladores podemos hacer algo y nos chocamos de frente. Esa es la situación que estamos viviendo. O sea que hay que mejorar todos los estamentos. Pero en el último estamento, cuando ya requiere la internación porque hay una indicación médica que lo determina, ahí nos enfrentamos a dificultades. Y las dificultades que estamos teniendo se generan en el sector más vulnerable, que son los pobres de este país, porque el que tiene algún recurso económico, una mutualista, por lo menos tiene cobertura parcial para desintoxicación. Cuando nos enfrentamos a gurises que no tienen esa posibilidad, empezamos a buscar y a buscar, pero a veces encontramos y a veces, no. Me parece que ese es el eslabón de la cadena que tenemos que priorizar y mejorar. Esa es la sensación que uno tiene. ¿Cómo se hace esto? Con plata. Punto. No hay vuelta. Entonces, el momento para abordar este tema es ahora porque estamos por comenzar a discutir el presupuesto quinquenal. Por lo tanto, ¿es necesario fortalecer ese nivel? Y hacerlo sin descuidar los demás, con lo que estoy de acuerdo. Me parece que ahí es donde está la mayor vulnerabilidad.

SEÑORA IDIARTE BORDA (Cecilia).- Complementando lo que decía el doctor Gabriel Rossi, quiero señalar la importancia de pensar en el presupuesto para la

implementación de lo que está abordado en la ley de salud mental, que abarca fortalecer unidades de salud mental en los hospitales generales y el tránsito desde la salud hacia lo social. Porque de nada me sirve internar a un paciente si cuando le doy el alta, no tengo dispositivos sociales para acompañar a ese usuario en el tránsito y en la inserción social.

Hace poco, se cortaron todos los proyectos sociales, por ejemplo, de lo que es la Red Nacional de Drogas, y ahora se extendieron hasta octubre. Nos parece que ese es un lugar que hay que fortalecer, es decir, en el tránsito de la salud hacia lo social. Nosotros requerimos de proyectos sociales que puedan acompañar a los usuarios en su inserción social y así apoyarlos en su tratamiento. Tenemos que pensar el tratamiento no solo como el abordaje de la salud, sino que la persona pueda tener una vivienda y un trabajo dignos, que pueda ejercer su ciudadanía y todos sus derechos.

Hay una cantidad de proyectos territoriales y de proximidad, en los que estuvimos trabajando en red todo el tiempo, que estuvieron en la cuerda floja, pero ahora, como dije, los extendieron hasta octubre.

En la cabeza de la gente está la idea de que de las internaciones se sale curado, pero no es así; es solo una etapa mínima entre una cantidad de otras cosas que hay que hacer con el adicto. Si uno mira los números, en realidad, hay muchas personas que nunca se internan y no se trata de pacientes que no sean graves, y hacen su tratamiento en forma ambulatoria. Me parece importante que se tenga la visión de que no es solo la internación lo que importa, sino que hay que hacer un abordaje mucho más amplio.

SEÑORA ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Antes de hacer dos preguntas adicionales, voy a hacer una aclaración.

Quiero señalar que preguntamos a la Secretaría Nacional de Drogas y, explícitamente, a la señora Aloha González de Renadro, que gestiona el fideicomiso, cuál era la situación de los recursos humanos, porque hubo una situación compleja en los dispositivos del primer nivel, Ciudadela, El Jagüel, El Achique, El Aleph. Voy a pedir que se les envíe la versión taquigráfica porque se reafirmó en dos oportunidades -hace minutos- que no hubo ni hay dificultades desde el punto de vista económico-financiero. Inclusive, nos dijo que no sabía qué fue lo que sucedió cuando se hizo público el problema de los contratos, porque fueron renovados en tiempo y forma. Reitero, dos veces se le preguntó lo mismo. Me parece que es muy importante que ustedes lo sepan porque quedó constancia de ello aquí. Además, teníamos la necesidad de saber que esos dispositivos van a seguir estando y que no son solo materialidad, sino que hay profesionales que están trabajando en el territorio.

En relación a eso, producto de la emergencia sanitaria, hubo que hacer una coordinación con la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria y el primer nivel de atención, y nos plantearon que se generaron situaciones complejas porque hubo que hacer derivaciones a varios centros por problemas de adiciones de distinta índole. Se encontraron con que los recursos especializados, fundamentalmente en la parte de psiquiatría, no alcanzaban a cubrir el acompañamiento entre el primer nivel de atención y el de una policlínica a las afueras de Castellanos. Me gustaría saber si este es un tema que está sucediendo generalmente, y si ustedes tienen claro cuál sería la situación ideal para ver cómo nos aproximamos a resolverla.

SEÑOR TRIACA (Juan).- Lo último que decía el señora diputada Lucía Etcheverry es muy interesante, fundamental y complejísimo desde el punto de vista de la salud pública.

Como decía el doctor Gabriel Rossi, haciendo el paralelismo con el tema covid-19-, gracias al primer nivel de atención de la salud del Uruguay es que estamos como

estamos. Eso no solamente es producto del dinero, sino de toda una cultura asistencial y de un compromiso con los otros. Lamentablemente, no podemos decir exactamente lo mismo en lo que se refiere a salud mental. El primer nivel está medio pinchado, desinflado. Todos estamos de acuerdo con que es integral y que un nivel no es mejor que otro, que todos se necesitan mutuamente y que hay momentos de uno y momentos de otro. Gracias a que tenemos el primer nivel, se pueden minimizar tiempos del tercer nivel para dar lugar al otro, etcétera. Todo lo preventivo del primer nivel hace que no lleguemos a situaciones extremas y gravísimas.

Si hoy tuviera que elegir dónde poner los fondos, es en el primer nivel, sin lugar a dudas. Me refiero al primer nivel con criterio conceptual interdisciplinario. Quiero reforzar que este criterio drogocéntrico, en el que la droga es el asunto, no es planteado por ninguna investigación en el mundo. Se ha corrido este paradigma. Se busca ese objeto porque faltan cosas no solamente adentro de la cabeza de la persona, sino en su contexto familiar y social. Es muy frecuente en la experiencia clínica ver que la familia viene, deposita a la persona como un objeto y lo dejan en la institución; se van y no vienen más. Esto lo hicieron con ellos -no estoy culpabilizando a nadie-, es una historia transgeneracional. Entonces, el abordaje es combinado y siempre a varias puntas.

Vuelvo a tomar el eje del proyecto. Supongamos que alguien está separado del objeto por tres meses, ¿cuál es la garantía de que, a la vuelta, eso se va a seguir produciendo? Esto se enmarca en algo más amplio, que es cómo abordar problemáticas integrales, que se fueron generando en una multiplicidad de factores, donde lo biológico importa, pero también lo psicosocial es fundamental. Como se ha dicho, cada situación es única e intransferible y, al estilo de un traje a medida, hay que hacer el dispositivo terapéutico para ello, y siempre en red.

Sin dudas, la red de asistencia en drogas ha crecido y se ha mejorado; es nacional. Pero siempre quedó, por distintas razones, un poco en el olvido lo que es la atención en urgencia. Por ejemplo, cuando una persona sufre una crisis, se necesita que rápidamente haya un lugar para llevarlo y un equipo que lo asista. Este no es un tema mayormente costoso. Y si hay un equipo fuerte en territorio, no en tres meses, sino en cuarenta y ocho horas, esto puede volver acá. Si se necesita volver acá, se volverá. En este interjuego de red y de escalones, se puede ahorrar en costos económicos, pero la calidad asistencial prima; lo que a uno le permite ver en qué espectro y en qué momento intervenir y con qué herramientas terapéuticas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quisiera decirles que para esta Comisión es un honor recibirlos a todos. No teníamos previsto que la audiencia con ustedes fuera tan numerosa. Nos enteramos ayer de noche.

Queremos informarles que tenemos una delegación esperando hace cuarenta y cinco minutos, que tenía hora para las 13 y 15.

Como decía, para nosotros es un placer recibirlos a todos juntos porque podemos abordar distintos ángulos, que son muy valiosos. Pero dadas las circunstancias, les pedimos que quienes vayan a hacer uso de la palabra lo hagan en forma más resumida, para no faltar el respeto de parte de la Comisión a la delegación que está esperando, con lo cual ustedes no tienen nada que ver.

Hubiera sido muy enriquecedor saber de antemano que venían todos y haberlos recibido únicamente a ustedes en el día de hoy y con un horario extenso.

Les pido disculpas por este comentario.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Sugiero a la señora presidenta que combinemos con tiempo otra sesión porque me gustaría que estuviera la señora diputada Nibia Reisch.

SEÑORA PRESIDENTA.- Precisamente, planteo que podamos volver a coordinar otro día. Los miércoles recibimos delegaciones y ustedes tienen las puertas abiertas de la Comisión para que nos den su visión sobre el tema. El señor diputado Gallo se adelantó. La señora diputada Nibia Reisch es la autora de este proyecto, pero hoy no pudo venir por un tema de salud. Por lo tanto, sería bueno que tengamos una segunda instancia con ella presente. Obviamente, la versión taquigráfica y el material que ustedes han leído en el día de hoy, que nos llegó por mail, lo va a recibir la señora diputada. Me parece de orden que esté presente para avanzar en ciertos aspectos.

Vuelvo a pedirles disculpas por el comentario. Lamentablemente, la otra delegación estaba citada también para el día de hoy.

SEÑORA GARRIDO (Gabriela).- Yo no quiero desalentar ningún proyecto que tenga algo tan propositivo, pero lo que estamos viendo, sin duda, es la punta del iceberg.

Yo represento lo que tiene que ver con la salud mental infantojuvenil, y muchas veces sentimos que abonamos un poco ese último eslabón de la cadena cuando se complican las cosas, en el sentido de que no tenemos respuestas anticipadas. Pero, a veces, son muy sencillas y mucho menos costosas, como los espacios adolescentes, la atención en salud integral a los niños, el acceso de esas poblaciones vulnerables a tratamientos de rehabilitación, que el país los sigue necesitando y muchísimo.

Esto nos lleva a pensar aún más en la necesidad de la integralidad de cualquiera de las acciones que vayamos a proyectar.

Cuando se piensa un dispositivo, como este proyecto de ley intenta poner foco, creo que tenemos que ser cada vez más minuciosos y calcular muy bien lo que decían los compañeros, en cuanto a qué tenemos antes y qué tenemos después, porque eso genera un desbalance inmediato. Si yo tengo y ofrezco la internación, voy a responder con internación a todo. Como decíamos, responder con internación a todo es absolutamente imposible.

Nosotros avanzamos en una de las ordenanzas con respecto a los tipos de dispositivos que se necesitan en esa totalidad de recursos dentro de una red racional para brindar la atención en salud mental. Hoy, quizás todos tenemos que dar un paso más y decir cuánto de cada cosa vamos a precisar para la prevalencia de nuestros problemas porque, de lo contrario, nos va a pasar eso.

Esto lo decimos porque hemos trabajado en un hospital durante muchos años con temas como, por ejemplo, la violencia y el maltrato. Nosotros seguimos ofreciendo hospitalización y, por lo tanto, tenemos muchos niños hospitalizados por ese motivo.

Tenemos que seguir profundizando todo lo que tiene que ver con otras atenciones previas, porque la oferta después define los servicios y también las demandas que las personas tienen. Si nosotros ofrecemos esto, las personas van a defender y van a solicitar eso. Lo mismo que ocurre con las avanzadas tecnologías en medicina en general; todos pensamos que el CTI puede ser lo mejor, y no lo es.

SEÑOR GRECCO (Gustavo).- Solo quiero dejar constancia del total apoyo del Sindicato Médico del Uruguay a los planteamientos hechos aquí por las distintas organizaciones científicas que abordan la psiquiatría y las cátedras correspondientes. Desde el Sindicato tenemos una visión humanista, integradora, con un criterio de prevención de la medicina, multidisciplinaria. Aquí se mencionó la medicina familiar

comunitaria, pero hay muchas más que necesariamente tienen que interactuar con la psiquiatría en un abordaje de prevención y, particularmente, en el primer nivel. Nosotros tratamos de consolidar eso y de llevarlo, en lo pragmático, a la ley de presupuesto, y darle forma y recursos para que eso realmente se materialice.

Nosotros vamos a estar apoyando todos estos planteamientos y todos estos aportes que se hacen desde la academia y de las sociedades científicas en este y en otros temas, porque creemos que nuestro sistema de salud ha dado enormes muestras de fortaleza -la respuesta a la pandemia es una-, pero tiene debilidades y tiene aspectos para corregir. Es un proceso sobre el cual analizar, hacer planteamientos y mejorar es muy importante.

Agradezco mucho las metáforas con la medicina intensiva. Siendo yo intensivista, no puedo dejar de sentirme más identificado, pero es así: si todo viene al CTI, es un problema.

SEÑORA ROMANO (Sandra).- Si vamos a tener otra instancia de diálogo, me parece que habrá que retomar muchos de los temas que quedaron planteados.

Quería tomar parte de lo que dijo la señora diputada Etcheverry con relación al tema de la continuidad de la respuesta a partir del primer nivel de atención -es parte de lo que decía el doctor Triaca también- y del tema de los recursos humanos. A veces, se habla mucho de la carencia de los recursos humanos que tenemos. Si miramos los números de nuestro país, en particular los números de psiquiatras y de médicos en general, estamos muy bien; lo que tenemos es una inequidad territorial muy importante. Lo otro que tenemos es un problema de la organización del sistema. Tenemos que plantear de qué manera se da continuidad en la forma en la que estamos organizados para atender, de qué manera el primer nivel se conecta con el primer nivel especializado, que es lo que planteaba el doctor Triaca. Creo que ahí es donde están muchos de los temas.

Hay aspectos que quizás requieran de algún tipo de medida legislativa; hay otros que van a requerir de presupuesto, pero hay otros que pasan por la organización. Entonces, creo que vale la pena retomar el tema. Me parece que está bueno pensar en lo que tiene que ver con la implementación de la ley de salud mental, qué es lo que nos está faltando, y también qué está faltando a nivel de presupuesto, que es bien interesante. Yo diría de tomar la propuesta de venir nuevamente y desarrollar estos temas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nosotros retomamos las sesiones ordinarias de la Comisión el primer martes de agosto, que es cuando la Comisión discute los temas, y los días miércoles recibimos a las delegaciones. Si les parece conveniente y algunos pueden venir, sería bueno. Tal vez algunos ya hicieron las intervenciones referidas a su área y no tienen por qué regresar si no quieren venir a participar. Si no es así, para nosotros es un gusto recibirlos a todos. Realmente es muy enriquecedor, porque tenemos aquí a un equipo de primera. La verdad los felicito a todos. Si quieren pueden coordinar con la Secretaría posteriormente para continuar con esta reunión el 5 o el 12 de agosto. Imagino que tienen que ver con tranquilidad sus agendas. Les agradecemos el tiempo brindado porque sé que es muy valioso.

(Se retiran de sala los representantes de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, de la Sociedad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, de la Asociación de Psiquiatras del Interior, de la Cátedra de Psiquiatría Pediátrica, de la Cátedra de Psiquiatría de Adultos y del Sindicato Médico del Uruguay)

(Ingresa a sala un grupo de integrantes de la Comunidad Saludable La Esperanza-Covipro, ubicada en Ruta 8, km 18-19, en Villa García)

——La Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación de la Comunidad Saludable La Esperanza-Covipro, integrada por la señora Joana Dacosta y los señores Julio Cerpa y Gabriel Mieres.

SEÑOR CERPA (Julio).- Soy el coordinador de la Comunidad Saludable.

Queremos agradecerles por habernos recibido en esta instancia para hacer algunos planteamientos sobre la policlínica Silvia Da Luz.

La Comunidad Saludable no solo lo integran los vecinos de los barrios La Esperanza-Covipro, sino que está integrado por el CAIF Sembrando Huella, el Centro de Salud Silvia Da Luz, el Centro Juvenil La Tortuga Cuadrada, el Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, y el PIM que formamos todas estas instituciones junto con los vecinos.

Hace un año fuimos reconocidos por el Ministerio de Salud Público, la alcaldía, la intendencia y la Presidencia de la República como Comunidad Saludable. O sea que desde ya muchísimas gracias por esta instancia.

En realidad, venimos a hacer estos planteamientos. No sé si tuvieron oportunidad de leer el pedido.

Nosotros iniciamos este expediente el 25 de mayo de este año y se lo dirigimos al presidente del Directorio de ASSE, doctor Leonardo Cipriani; a la directora de la RAP Metropolitana, doctora Gabriela Lamique; al director del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, doctor Gustavo Burroso, y a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes. En él están incluidas algunas de las cuestiones que nosotros planteamos en ese momento.

En realidad, a nosotros, como vecinos y usuarios, nos tiene preocupados la situación de la policlínica porque cada vez se está generando más deterioro por la falta de mantenimiento.

El 7 de julio elevamos otro expediente planteando algunas de las cuestiones porque cada vez más se está deteriorando la policlínica.

En realidad, en el anterior período y en el actual, reconocemos a la Dirección del equipo del Centro de Salud Jardines del Hipódromo y a quienes participamos en esta comunidad, porque somos conscientes de que hemos tratado de generar todas las acciones que corresponden a nivel institucional para ir resolviendo algunos de los problemas. Por eso, en algún momento, planteamos el tema del laboratorio, solicitando que funcione por lo menos una vez por semana, como ocurría hace años, dado que la cantidad de usuarios que asisten en esta policlínica reclaman que vuelva el servicio.

Obviamente, esta es una necesidad básica para la policlínica. Ya era complicado, y ahora, por algo que ustedes ya saben, que es el tema del *covid-19* y todo lo que ha generado en lo económico, más la cantidad de personas que hoy integran el Fonasa, que estaban en el sistema privado de las mutualistas, pero que están volviendo hacia los servicios de ASSE, hace que sea más necesario aún.

Además de todo eso, el Centro de Salud Jardines del Hipódromo hace muy pocos días se prendió fuego y no se sabe cuándo se va a poner en funcionamiento nuevamente. Al día de hoy la policlínica Silvia Da Luz no solo está recibiendo a una gran cantidad de usuarios para la atención médica, sanitaria y de enfermería, sino también por medicamentos, pero tiene una farmacia que ya no contaba con remedios, y ahora menos aún. Eso ha generado un problema entre los usuarios y los técnicos que participan allí.

En mayo -cuando no teníamos este problema del centro de salud- planteamos el tema del laboratorio, y lo seguimos reclamando porque, a la vez, la policlínica Silvia Da Luz está declarada como un subcentro del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, y tiene un montón de servicios que hacen que mucha gente vaya allí; cubre las subzonas 1 y 2 del Municipio F, que son las más densamente pobladas, donde se concentra mucha gente con problemas económicos y sociales.

En cuanto a las vacunaciones, planteamos que se realicen por lo menos una vez por mes. Este servicio también se tenía, pero cuando se hizo el cambio de Covipro a Silvia Da Luz, se perdió. Hace poco, hablamos con el director y nos mandó una unidad móvil para hacer vacunación, pero fue algo muy puntual. De manera que, en este sentido, no se está dando una respuesta a los usuarios.

Con respecto a la seguridad del predio, nosotros planteamos que el actual sistema es obsoleto, ya que se había hecho con malla electrosoldadora, pero fue vandalizada apenas fue inaugurada. En aquel momento, se hicieron los reclamos correspondientes ante la intendencia y ASSE. Nosotros habíamos generado un expediente -que no traje hoy, pero que podemos enviar por mail-, y hace tres años habíamos logrado un acuerdo por el que nosotros, los usuarios y vecinos, poníamos la mano de obra benévola y ASSE nos daba los materiales para poder hacer el cerramiento. ¿Por qué hicimos ese planteamiento en esa oportunidad? Porque en ese momento ya habían robado tres veces los pulmotores, habían roto los aires acondicionados en dos ocasiones, y habían vandalizado la policlínica dos veces -entrando a ella- para llevarse remedios, ya que en ese entonces la farmacia estaba trabajando bien, tenía su medicación y, obviamente, la gente que iba ahí lo había detectado. A la vez, teníamos un servicio odontológico para el que no solo se utilizaban los equipos que estaban afuera, sino -obviamente- todo lo que tiene una policlínica de atención odontológica. Por eso, nosotros planteamos que el sistema de seguridad es obsoleto y que se han dado situaciones de vandalismo, como por ejemplo la rotura del compresor odontológico, de los aires acondicionados, del contenedor de residuos médicos, de la malla electrosoldadora que rodea el predio de la policlínica, etcétera. Por tanto, proponemos modificar el sistema de seguridad perimetral, por ejemplo mediante cámaras exteriores, y la construcción de un cerramiento con rejas de hierro.

Este mismo reclamo se le hizo hace tres años a quien era presidente de ASSE, doctor Marcos Carámbula, cuando visitó la policlínica. Nosotros también podemos reenviar a la Comisión la respuesta que recibimos de parte de la Presidencia de ASSE y de la Red Metropolitana, que planteaba solucionar algunas cuestiones. Sin embargo, hasta el día de hoy no se ha dado solución a los temas que estamos planteando.

Con relación a los recursos humanos del equipo de salud, consideramos que sería imprescindible garantizar que en la enfermería haya una enfermera suplente durante las licencias que se pueda tomar la titular, de manera de mantener el servicio. Lo que pasa es que cuando la enfermera sale de licencia anual o especial -con lo que obviamente estamos de acuerdo-, para asistir a congresos, instancias de formación o capacitación, no está durante veinte días, treinta días o tres meses y no tenemos otra. Entonces, la doctora, la administrativa o quien sea, deben tomar ese lugar, y si sucede un accidente, o lo que sea, no pueden atender al paciente y lo deben derivar.

También planteamos la necesidad de incorporar un nuevo técnico de medicina general y comunitaria para la policlínica, dada la gran cantidad de planteos de usuarios que no consiguen número, lo que se suma a la mayor demanda actual, teniendo en cuenta el contexto social y económico. En este caso, además de contar con la doctora Ximena Tancredi, estamos solicitando otra doctora de medicina general, no solo con la

intención de ampliar el horario de atención, sino porque al contar con otra profesional no necesariamente tiene que haber un pediatra para atender y dar una respuesta rápida, o un geriatra -con el que no contamos-, un psicólogo, o quien pueda atender algún planteo relativo a alguna dificultad de un niño de primera infancia. ¿Por qué es necesario otro profesional de esa especialidad? Porque -como ustedes sabrán- en Comunidad Saludable tenemos un CAIF con más de cien niños y un centro juvenil con más de sesenta gurises menores de dieciocho años, y eso conlleva a que sea mayor la extensión de las subzonas 1 y 2. Por eso, solicitamos que ASSE pueda proveer estos recursos.

A la vez, cuando la doctora se va de licencia anual o especial, no queda una doctora de la especialidad familiar y comunitaria. Hay dos doctoras de medicina general, por lo que no pueden atender temas geriátricos, etcétera, y deben hacer las derivaciones a la policlínica Malinas. Entonces, la gente tiene que ir allí, donde se generan aglomeraciones y no reciben muy buena atención porque todo se empieza a atrasar.

Por otra parte, desde hace tiempo no contamos con un pediatra, lo cual consideramos de suma necesidad, dado que la zona presenta una población con alta densidad de niños y adolescentes. En este tema sí hemos tenido una respuesta hace diez o quince días por parte de la dirección.

Con respecto a la salud mental, desde hace muchos años vemos la imperiosa necesidad de contar con recursos humanos en psiquiatría para niños y adultos, así como psicomotricista y fonoaudióloga, especialmente teniendo en cuenta los problemas de violencia doméstica, maltrato infantil y dificultades de desarrollo infantil. Aclaramos que estos datos los hemos analizado en la Mesa Técnica de Villa García y con referentes del barrio, pero en este tema tampoco hemos tenido respuesta. De todos modos, desde la policlínica y desde la Comunidad Saludable hicimos un trabajo con los técnicos que se desempeñan en la Mesa Técnica de Villa García, que engloba a todas las instituciones y organizaciones que trabajan a nivel institucional entre los kilómetros 16 y 22.

En odontología, en virtud de la demanda creciente, solicitamos la ampliación del horario de consulta. Por otro lado, pedimos que se prevea un espacio de consulta a demandas de urgencia, dentro del horario de atención. El problema que tenemos es que al servicio odontológico va una doctora solo un par de horas, pero después no hay servicio, a pesar de que la policlínica atiende muchas horas más. Nosotros esperamos que el servicio odontológico se genere en todo el horario de atención de la policlínica.

Asimismo, los servicios de urgencia no se atienden, sino que se los manda al hospital o a la policlínica Malinas, pero allí tampoco absorben esos casos. Entonces, por lo general, se ha optado por decir a los técnicos que, por favor, directamente manden a los pacientes a un hospital o al Hospital de Clínicas, pero no a la policlínica Malinas, porque allí son rechazados, y -aunque no lo puedan creer- eso después genera rispideces entre los técnicos y los usuarios.

Por otra parte, los vecinos de La Esperanza-Covipro realizaron la gestión ante el Ministerio de Defensa Nacional solicitando carpas cerradas para utilizar como salas de espera ante la emergencia de la pandemia generada por el *covid-19*, lo cual fue tenido en cuenta por el Comité de Emergencia Departamental, que cedió carpas. Por tanto, mediante una nota, agradecimos a dichas instituciones la buena disposición, a pesar de que por ahora no fueron tenidas en cuenta. Asimismo, manifestamos a las autoridades que deseamos resolver estos temas en los ámbitos que correspondan, por lo cual solicitamos una reunión para aportar ideas u opiniones, y firmamos quienes integramos Comunidad Saludable.

Nosotros queremos agradecer a todo el sistema político, porque en la semana anterior la RAP había decidido cerrar la policlínica, lo que para nosotros, como referentes sociales, y para los técnicos, era una aberración. Es más: si se hubiera preguntado a los referentes sociales, a los usuarios y a los técnicos, habríamos expresado que nunca se deberían haber cerrado las policlínicas, porque eso generó aglomeraciones y una cantidad de problemas que ustedes conocen, que hasta el día de hoy seguimos padeciendo tanto nosotros como la policlínica, que es de primer nivel de atención. Aunque resulte difícil de creer, a veces las madres no tienen plata para ir a la policlínica Malinas, a Pando o al Hospital Pasteur; a veces hay padres que van caminando hasta la policlínica Malinas. Es decir que no estamos reclamando porque queramos ser el ombligo del Municipio, sino porque se trata de un centro de salud que tiene todo para dar una buena atención, o por lo menos cuenta con condiciones y estructuras necesarias. Hay que dotarlo de recursos humanos, de ingenio y de disposición. Eso es lo que pretendemos.

En este caso, nosotros queremos agradecer a los ministros y a las personas que participaron, porque a pesar de que después no fueron tenidas en cuenta, esta fue una manera mediante la que nosotros encontramos la solución para que allí se pudiera atender a los usuarios. Después se revieron y ajustaron algunos protocolos con los que no estamos de acuerdo, como por ejemplo el hecho de que la gente esté afuera; es ilógico que los días de frío y lluvia los gurises, los adultos mayores y los vecinos con dificultades o discapacidades estén afuera, porque no pueden estar dentro de la sala. No estamos de acuerdo con esa disposición, pero -como no se tuvieron en cuenta las carpas- había que encontrar una forma, junto con el equipo técnico y las direcciones, para que la gente se pudiera atender, porque a veces no hay recursos económicos para solucionar estos temas.

El 25 de mayo de este año mandamos otra nota al presidente del Directorio de ASSE, a la directora de la RAP metropolitana y al director del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, donde expresamos -no voy a leer el encabezado porque es el mismo que el de la carta antes mencionada- que: "En el actual contexto de pandemia *covid-19,* solicitamos que la doctora Ximena Tancredi, nuestra médica de familia y comunitaria, comprometida y excelente profesional, vuelva a cumplir su horario completo en la policlínica Silvia Da Luz, pudiendo atender los días sábados, junto a la enfermera y conserje". ¿Por qué hicimos esto el mismo día, de tarde? Porque nos enteramos de que la doctora fue removida de la policlínica Silvia Da Luz para atender en el Centro de Salud Jardines del Hipódromo. Es decir, había escasos recursos humanos en la policlínica y todavía sacan a la doctora referente, en este caso de atención comunitaria y familiar, para atender en el centro de salud. Sinceramente, consideramos que fue un gran error. Ahí la mantuvieron cerca de tres semanas, hasta que pudimos lograr que volviera a su lugar de trabajo.

Lo que planteamos a los directores en ese momento fue que la doctora pudiera atender los sábados, ya que tiene un cargo de alta dedicación. Hoy la doctora no atiende en la policlínica, tampoco en el Centro de Salud Jardines del Hipódromo, sino en otro lugar. Si pudiera atender los sábados, podría responder a la vasta población que comprende las subzonas 1, 2 y 3 del municipio. Lo que pedimos a los directores fue que el horario de atención de la doctora fuera de 9 a 15, y que pudiera contar con una enfermera y una conserje para ayudar en la atención.

Los vecinos que acompañamos el proceso no tendríamos problema en dar una mano para colaborar en la atención.

El 7 de julio intentamos enviar una nota al directorio de ASSE, a la RAP Metropolitana y al Centro de Salud Jardines del Hipódromo. Esta nota nunca llegó a estas personas. Ese día de tarde llamé al director del Centro de Salud para avisarle, porque ante el envío de cada nota es de orden avisar de mi parte que van a salir diferentes mails, reclamando no solo por la salud, sino por otros temas. En este caso, como era un tema de la policlínica Silvia Da Luz, le comuniqué que iba a salir una nota de Comunidad Saludable, sobre la demanda de algunos problemas presentados. Algunos usuarios nos pidieron que fuéramos a ver los pisos levantados, la acumulación de las losetas, las averías en las paredes, un orificio de diez centímetros de diámetro en el consultorio donde atiende la doctora, por donde salen cucarachas; evidentemente, la obra no llegó con el contrapiso a la tapa de registro y de tanto pisar y la propia humedad fueron deteriorando el lugar. Hoy por hoy, la doctora atiende con eso todo abierto, una tapa de registro abierta y con un pozo de diez centímetros de ancho, y no sabemos cuánto tiene de profundidad.

El doctor Gustavo Burroso, director a cargo del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, nos dijo que esto ya estaba a nivel de la RAP. Sin embargo, antes de venir acá, consultamos a la doctora referente y no se ha comunicado nadie para decirle cuándo se van a hacer las obras. Sinceramente, por más que el equipo quiera atender a la gente, allí no se puede trabajar. Hemos discrepado con el equipo de salud muchas veces, pero digamos las cosas como son: no queremos que trabajen en esas condiciones, porque eso repercute en la atención de los usuarios.

La nota dice así: "Los vecinos y usuarios que integran la Comunidad Saludable, verificamos las siguientes roturas y desperfectos, que generan problemas en la atención de los usuarios y en el funcionamiento del equipo de salud: • El no funcionamiento de los aires acondicionados. • Obstrucción de cámara de saneamiento. • Rotura en la media caña de desagüe pluvial. • Fisuras en diferentes paredes internas. • Losetas de todos los pisos levantados y rotas. (las 7 habitaciones) • Acumulación de losetas rotas en la sala de espera. • Rotura y hundimiento de uno de los consultorios médicos, donde existe un registro interno pluvial".

Esta nota nunca llegó a ninguna de estas autoridades, y cuando me comuniqué con Burroso me dijo que esto iba a tener una solución. Él sabía que hoy vendríamos a esta Comisión, como el resto de los compañeros de los centros sociales que integran Comunidad Saludable y, obviamente, los vecinos.

Voy a entregar estos tres expedientes para que la Comisión pueda interceder y comunicarse. Invitamos a la Comisión para que visite la policlínica Silvia Da Luz, ubicada en la Ruta N° 8, kilómetro 18,600, para que verifique lo que estamos planteando.

Desde ya, muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Conforme llegó el material que nos enviaron, me contacté con ASSE, y obtuve la misma respuesta: que el reclamo había llegado, pero por la transición y la pandemia, el trámite se había demorado, como es lógico.

No obstante, este tema nos preocupa, porque para nosotros los centros de salud son prioridad, sobre todo cuando hablamos de cercanías, ya que soluciona el problema de los traslados, etcétera. Todos coincidimos con que hay que trabajar para que estos cambios positivos se lleven a cabo desde el Poder Ejecutivo.

Nos comprometemos a enviar la versión taquigráfica de esta reunión para consultar sobre los reclamos que hicieron los vecinos.

Con respecto a la invitación, lo agradezco porque personalmente ya lo tenía decidido. No obstante, se hará extensiva a la Comisión.

Si bien el Poder Legislativo no tiene competencias para solucionar estos planteos, nos comprometemos a consultar a las autoridades de ASSE para saber en qué está el trámite y responder a los vecinos.

SEÑORA ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Conozco a Julio, pero yo lo asociaba a Colman. Se mudó y le perdí la pista.

Es un gusto reencontrar a Julio.

Colman es un barrio montevideano que se regularizó hace tiempo y Julio era dirigente barrial en esa época.

¿Cuántos años tiene la policlínica?

SEÑOR CERPA (Julio).- Seis años.

Fue construida en el marco de la regularización del barrio coordinada desde el PIAI.

También se nos ocurrió mandar esta misma nota al coordinador del PIAI, porque -y quizás la Comisión pueda preguntarlo- sería bueno saber si la Intendencia todavía tiene la garantía. Como fue construida en el marco de la regularización del PIAI, no me acuerdo bien del contrato.

SEÑORA ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Seguramente, si pasaron seis años, eso ya tiene recepción definitiva, y sin duda pueden existir patologías; la cuestión es saber si es de proyecto, de ejecución de obra o de uso. En este caso, debería tener un mantenimiento permanente. Habrá que averiguarlo.

Me parece que estaría bueno ir hasta ahí, y ver cómo se puede resolver la parte edilicia y los servicios que brinda ASSE, porque la gestión de esa policlínica corresponde a ASSE.

En su momento, tuvimos contacto con el ministro -las autoridades de ASSE recién se estaban nombrando- para que se retomara la atención, y también hablamos con la doctora Cuadrado, que es de la Sociedad de Medicina Familiar.

Como se está elaborando el presupuesto, sería bueno que hiciéramos llegar a ASSE estos reclamos, porque seguramente en los rubros de mantenimiento se podría contemplar la necesidad de reparar esta policlínica, porque es una obra importante que ya tiene su tiempo y hay que hacerle mantenimiento.

SEÑOR CERPA (Julio).- Queremos agregar algo, pero fuera de la versión taquigráfica.

SEÑORA PRESIDENTA.- Así procederemos.

(Se suspende la versión taquigráfica)

